

Les migrants : nouveaux voyageurs dans un monde mobile ?

L'augmentation de l'immigration clandestine liée au durcissement des politiques d'accueil aggrave les conditions sanitaires, déjà précaires, des migrants, chaque phase du parcours migratoire pouvant avoir des conséquences spécifiques. Par ailleurs, les migrants sont des voyageurs particulièrement à risque lorsqu'ils repartent en vacances dans leur pays d'origine.

Louis Loutan *

Un des effets de la globalisation est l'augmentation et la diversification de la mobilité internationale. Elle concerne les quelque 800 millions de voyageurs qui parcourent le monde chaque année et les immigrants, les requérants d'asile et les réfugiés engagés dans des voyages de longue durée. Au cours de ces dernières décennies, la pression démographique, les disparités économiques et les nouveaux moyens de transport, l'avion en particulier, ont accéléré et énormément diversifié les mouvements migratoires mondiaux. L'accès à l'information sur Internet, même dans les lieux les plus reculés de la planète, contribue également au phénomène en changeant les attentes et les perspectives de personnes traditionnellement destinées à continuer leur mode de vie traditionnel. Il s'ensuit une migration des zones rurales vers les villes, pouvant se prolonger plus loin à l'étranger ou sur un autre continent.

GLOBALISATION ET MOBILITÉ INTERNATIONALE

L'Organisation des Nations unies (ONU) estime que, en 2005, 191 millions de personnes vivaient hors de leur pays de naissance, soit environ 3,5 % de la population

mondiale, ou 1 personne sur 40.¹ Selon le Haut Commissariat aux réfugiés (UNHCR), 9 millions (5 %) sont des réfugiés et 10 millions sont des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays.² Ces chiffres incluent les requérants d'asile. De ces 191 millions de personnes migrantes, 115 vivent dans des pays développés et 75 millions dans des pays en développement. Entre 1990 et 2005, les pays à hauts revenus ont attiré le plus grand flux de migrants internationaux, soit 41 millions. L'ONU estime que 75 % de tous les migrants vivent dans moins de 30 pays, dont 20 % aux États-Unis. Les migrants représentent 20 % de la population nationale de plus de 40 nations et 60 % vivent dans des pays à hauts revenus, beaucoup au Moyen-Orient et en Asie. La migration Sud-Sud devient presque aussi importante que celle Sud-Nord.

Avec la diminution importante de la natalité en Europe et en Amérique du Nord, l'immigration contribue largement à maintenir la progression démographique de ces pays, soit 60 % de la croissance annuelle au Canada et près de 90 % dans certains pays d'Europe. Elle joue un rôle important pour contrebalancer le vieillissement de la population. Toutefois, les pays à haut niveau de revenus

* Unité de médecine des voyages et des migrations, département de médecine communautaire, Hôpitaux universitaires de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève 14, Suisse. Courriel : louis.loutan@hcuge.ch

tendent de contenir cette pression migratoire par des mesures administratives et de surveillance des frontières. Il en résulte une augmentation de la migration clandestine et du trafic mafieux des personnes. On estime entre 600 000 et 800 000 personnes impliquées par an. Entre 7 et 8 millions de personnes en situation irrégulière résideraient en Europe et 11 millions aux États-Unis en 2006.³ C'est dire l'ampleur du phénomène, touchant une forte proportion de femmes (80 %) et de mineurs (50 %).

Cette mobilité internationale de longue durée, souvent effectuée dans des conditions de voyage très précaires, a des implications sur la santé des migrants eux-mêmes mais également sur les services de santé, les médecins et les infirmières qui s'en occupent.

MOBILITÉ ET CIRCULATION DES AGENTS PATHOGÈNES

Depuis toujours, les mouvements de populations, qu'il s'agisse de voyageurs, de marchands, ou de véritables migrations, ont été associés à la diffusion des maladies, voire des épidémies : l'épidémie de peste du XIV^e siècle ; les épidémies successives de choléra au XIX^e siècle ; celles de fièvre jaune en Amérique du Nord ; celles, plus récentes, de méningite liée au pèlerinage de La Mecque, en 1987 et en 2000 ; ou encore l'épidémie de sras en 2004. Cette crainte de l'introduction de maladies transmissibles colportées par les voyageurs, stigmatisant souvent les étrangers, est à l'origine des premières interventions sanitaires, quarantaine et examen médical d'entrée dans le pays d'accueil. Qu'on se rappelle les millions d'immigrants arrivant à New York, devant transiter par Ellis Island, examinés par des officiers médicaux dépistant tous les nouveaux arrivants pour le trachome, la tuberculose, le retard mental ou

tout autre infirmité. L'examen ou dépistage médical obligatoire d'entrée dans le pays d'accueil est encore appliqué dans de nombreux pays. Il se concentre surtout sur la tuberculose, l'hépatite B, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou la syphilis, voire les parasitoses, et donne lieu aux vaccinations de base si nécessaire. Étant donné l'ampleur des mouvements internationaux, qu'il s'agisse de voyageurs ou de migrants, ces mesures ne peuvent être appliquées qu'à un nombre très restreint de personnes venant de l'étranger (réfugiés, requérants d'asile). Par ailleurs, compte tenu de la rapidité des moyens de transport actuels, le voyage lui-même est d'une durée largement inférieure au temps d'incubation des maladies, et l'efficacité des mesures de contrôle sanitaire aux frontières est remise en question. La surveillance, l'identification rapide des cas suspects, l'information des voyageurs et l'accès facilité aux services de santé les remplacent de plus en plus.

DISPARITÉ ET DIVERSITÉ

Compte tenu des différences majeures qui existent entre les différents pays et régions du monde, qu'il s'agisse de la fréquence de certaines maladies, de l'accès aux services de santé, aux soins, aux vaccinations et autres mesures de prévention, du niveau socio-économique, de l'exposition à l'insécurité et à la violence, des valeurs culturelles et religieuses ou encore du niveau d'éducation, on saisit bien la diversité extraordinaire qui caractérise les migrants arrivant en France et en Europe. Qu'il s'agisse de rapports de soins impliquant un médecin et un patient venant d'Afrique ou d'Asie, ou de la mise en place d'un programme de santé visant un groupe ou une communauté, le facteur « disparité » doit toujours être pris en compte.⁴ Disparité épidémiologique, sociale, culturelle, linguistique, autant de facteurs clés à prendre en compte dans l'évaluation initiale et la prise en charge. Il est évident que quel qu'en provenance d'un pays où la tuberculose, l'infection au VIH, les hépatites A, B ou C, la schistosomose ou la rougeole sont fortement prévalentes a plus de chance d'avoir été exposé à l'une de ces maladies et d'avoir développé une immunité ou d'être un porteur chronique selon l'affection considérée. Le tableau 1 illustre la fréquence de certaines affections observées chez des réfugiés selon leur origine.⁵

L'immunité acquise à la suite de la vaccination dépend de la performance du programme en place dans le pays d'origine. Les migrants sont alors le reflet de l'épidémiologie de leur région d'origine. On peut y ajouter aussi les facteurs liés au comportement, à la perception des risques et aussi à ceux qui sont déterminés par les traits génétiques présents dans la population locale. Ce dernier point est illustré par la fréquence élevée des hémoglobinopathies en Afrique de l'Ouest. Mais la migration reste un phénomène très sélectif et disparate. Il faut se garder de

CE QUI EST NOUVEAU

- Compte tenu du déficit démographique, les migrants représentent une proportion croissante de la population européenne.
- La rapidité des moyens de transport actuels rend discutable l'efficacité des contrôles sanitaires aux frontières (durée d'incubation très supérieure à la durée du voyage).
- Les mesures restrictives appliquées dans les pays industrialisés pour limiter la pression migratoire contribuent à augmenter les migrations clandestines, qui se font souvent dans des conditions difficiles avec de lourdes conséquences sanitaires à l'arrivée pour les migrants et des risques potentiels d'introduction de maladies transmissibles reconnues tardivement.
- En France, près de trois quarts des cas de paludisme d'importation surviennent chez des migrants repartis pour les vacances dans leur pays d'origine.

Bilan de santé auprès de réfugiés arrivant au Minnesota (1999)

	NOMBRE	TUBERCULINE ≥ 10 MM %	Ag HBs + %	PARASITES + %
FEMMES	1 184	42,9	5,8	19,8
HOMMES	1 360	53,7	8,8	23,4
■ De 0 à 6 ans	280	13,7	2,9	24,3
■ De 7 à 17 ans	886	37,6	6,6	31,3
■ De 18 à 50 ans	1161	62,3	9,0	15,5
■ ≥ 51 ans	218	63,6	7,4	13,8
■ Europe de l'Est	585	42,8	4,4	9,7
■ Asie du Sud-Est	83	51,3	2,9	29,5
■ Afrique subsaharienne	1869	50,5	8,5	25,1

Tableau 1 Adapté de la réf. 5.

plaquer les données épidémiologiques d'un pays donné à toutes les personnes de la même origine. Les migrants quittant un pays donné peuvent avoir des caractéristiques bien spécifiques, et avoir des facteurs de risques augmentés ou au contraire diminués, par rapport à la population générale de ce pays. Par ailleurs, la généralisation à tout un groupe ou à une communauté d'un profil épidémiologique entraîne un réel risque de stigmatisation.

Les migrants venant de pays à forte endémicité représentent une proportion croissante de la population de nombreux pays d'Europe, ils sont en proportion grandissante parmi les cas diagnostiqués dans ces pays. C'est le cas de la tuberculose, de l'hépatite B, du paludisme et d'autres pathologies infectieuses. Au Royaume-Uni, en Belgique et dans les pays nordiques, plus de la moitié des cas déclarés de tuberculose sont nés à l'étranger.⁶ En France métropolitaine, le taux d'incidence de la tuberculose était entre 1997 et 2004 de 4,9/100 000 personnes de nationalité étrangère.⁷

PARCOURS MIGRATOIRE : LES PHASES DU VOYAGE

Qu'il s'agisse d'un voyageur ou d'un migrant, il est essentiel pour le praticien de connaître les différentes phases du voyage. On distingue la période précédant le départ, le voyage lui-même, et la phase faisant suite au voyage. Chacune de ces trois phases est porteuse de caractéristiques épidémiologiques importantes.

Avant le départ, on identifie dans quel environnement le patient vivait (formation, activités professionnelles, accès aux soins, prévention, mode de vie, alimentation, etc.). La connaissance de l'endémicité de pathologies tro-

picales, comme le paludisme, la schistosomose, la maladie de Chagas ou d'autres parasitoses exotiques, devient nécessaire. Il y a aussi la notion d'exposition antérieure à la violence ou à la torture et leurs séquelles psychologiques ou somatiques. L'isolement, l'insécurité et la précarité sont autant d'éléments facilitant une décompensation possible.

Le voyage lui-même peut être bref et sans histoires. Il peut, au contraire, se prolonger pendant des semaines ou des mois dans des conditions extrêmement précaires. Il suffit de penser aux personnes convoyées à travers le Sahara à celles qui viennent d'Asie dans des containers ou aux *boat people* traversant le détroit de Gibraltar de nuit, dans des embarcations de fortune, à la merci des passeurs. Le voyage devient alors une étape à haut risque pour la santé, marqué par les privations, les violences et les maladies. Récemment, plusieurs travailleurs chinois clandestins du nord de l'Italie ont été hospitalisés pour des accès palustres alors qu'ils étaient originaires d'une région de Chine indemne de paludisme. C'est au cours de leur voyage, ayant transité plusieurs jours en Côte d'Ivoire, qu'ils avaient été exposés et avaient acquis la maladie. Lors de voyages de ce type, les abus sexuels et donc l'exposition aux infections sexuellement transmises ne sont pas rares, particulièrement pour les femmes.

La phase faisant suite au voyage, dans le nouveau pays de résidence, et le statut administratif sont essentiels à connaître. Bien souvent, les migrants vivent dans des conditions fort simples, économisant le maximum de leurs maigres revenus pour envoyer régulièrement de l'argent à leur famille restée au pays. L'isolement et l'éloignement des proches sont très durs, avec souvent la perte des repères lorsqu'on vit dans un pays étranger. La promi-

cuité est grande, les lieux de vie sont insalubres, les conditions de travail difficiles, voire dangereuses, et l'alimentation est souvent rudimentaire. Cet environnement est propice à la transmission de la tuberculose ou du VIH, il rend la prise en charge d'un diabète ou d'une hypertension artérielle difficile, voire impossible.

Les difficultés de communication avec de tels patients, qu'il s'agisse de l'impossibilité de parler une langue commune ou d'une compréhension différente de la maladie pour des raisons culturelles ou religieuses, sont souvent à l'origine de malentendus, d'une mauvaise observance du traitement prescrit et d'une grande frustration du médecin et du patient. L'aide d'un interprète ou d'un médiateur culturel peut résoudre nombre de situations cliniques bloquées. Le statut administratif détermine l'accès ou non aux services de santé. La précarité financière de nombreux migrants et, pour les clandestins, la crainte de liens entre le service médical et l'autorité administrative sont une barrière retardant la décision de venir consulter. Cela peut avoir de sérieuses conséquences de santé publique en cas de maladie transmissible comme la tuberculose.

La prise en compte des différentes étapes du parcours migratoire donne au médecin un cadre lui permettant de replacer la situation clinique dans le contexte particulier de chaque patient. Le contexte socioculturel joue un rôle essentiel dans le succès d'une prise en charge efficace. Bien souvent, le médecin travaillant en cabinet privé est dépourvu des clés nécessaires à résoudre ces situations complexes. Il doit travailler en équipe avec les services compétents ou les relais assurés par des associations ou provenant de la communauté concernée.

LE MIGRANT VOYAGEUR

La description ci-dessus de l'état de santé des migrants peut paraître très pessimiste... En effet, la grande majorité des personnes qui décident de quitter leur pays sont particulièrement courageuses et énergiques. L'aventure n'est pas facile et il faut être déterminé pour la mener à bien. La majorité sont jeunes et en bonne santé. On parle souvent du *healthy migrant effect*. La sélection de ceux qui partent se fait dans une large mesure en faveur de ceux qui sont en bonne santé. Si les premières années sont très dures et souvent marquées par la précarité, un nombre non négligeable d'immigrants réussissent et arrivent à s'intégrer dans leur nouvel environnement. Dès lors qu'ils en ont les moyens, nombreux sont ceux qui désirent retourner au pays voir leurs proches. Dans les pays anglo-saxons, on les appelle VFR : *visiting friends and relatives*.⁸ Provenant de pays africains, latino-américains ou asiatiques, en retournant au pays, ils risquent de s'exposer à nouveau aux maladies transmissibles endémiques dans ces régions.

À l'heure actuelle, fort peu de données sont disponibles concernant les facteurs de risque objectivement observés, mais on constate depuis quelques années qu'ils forment un

groupe de voyageurs particulièrement exposés ; dans de nombreux pays, ils représentent la majorité des cas de paludisme importés. En 2004, 53 % des cas importés de paludisme par des civils aux États-Unis étaient observés chez ces migrants voyageurs.⁹ En 2005, ils représentaient 75 % des cas de paludisme importés en Grande-Bretagne¹⁰ et 60 % des cas de paludisme à *P. falciparum* rapportés dans le réseau de surveillance TropNetEurop.¹¹ En France, 71 % des cas importés sont observés chez des migrants.¹² À l'hôpital Nord de Marseille, 59,4 % des cas de fièvre au retour d'un voyage touchaient des migrants, dont 84 % originaires des Comores. Ces derniers représentaient 88,3 % des cas de paludisme observés.¹³

Le retour au pays comporte des risques

- Fréquence plus élevée de maladies infectieuses
- Les insectes sont nombreux et transmettent des maladies
- Conditions d'hygiène sommaires
- Mauvais état des routes et des véhicules
- Services médicaux plus rudimentaires
- Certains médicaments vendus localement sont des contrefaçons
- Pour les enfants :
 - ils n'ont pas d'immunité contre le paludisme, les hépatites A et B
 - le paludisme peut être très rapidement mortel
 - ils sont très sensibles à la déshydratation en cas de diarrhée
 - leur peau est plus sensible au soleil
 - ils sont à plus haut risque d'accidents dans la rue et de morsures de chien

Tableau 2

Recommandations au migrant voyageur

- Boire de l'eau en bouteille ou bouillie
- Se laver fréquemment les mains, surtout avant les repas
- Éviter les plats froids et les crudités
- Prendre une prophylaxie antipalustre
- Se protéger des moustiques (répulsifs, moustiquaire, insecticides)
- Ne pas se baigner en eau douce (rivières, lacs, mares)
- Éviter les injections de médicaments
- Éviter les voyages de nuit (risque d'accidents)
- Éviter d'utiliser des motos ou des bicyclettes
- Pour les enfants :
 - s'assurer qu'ils ont reçu tous les vaccins de base
 - les vacciner contre l'hépatite A, l'hépatite B, la rage, voire la méningite
 - leur donner une prophylaxie contre le paludisme
 - les protéger des moustiques
 - les protéger du soleil

Tableau 3

Le risque d'acquisition d'autres pathologies infectieuses est également plus élevé chez ce type de voyageurs. Une étude sur un an des cas de typhoïde importés aux États-Unis a montré que les touristes représentaient 4 % contre 40 % pour les migrants voyageurs.¹⁴ Une étude anglaise a montré que les jeunes (< 15 ans) migrants voyageurs avaient 8 fois plus de risque d'attraper une hépatite A que les touristes du même âge avec les mêmes destinations.¹⁵ En Hollande, on observe une recrudescence des cas déclarés d'hépatite A à la fin de l'été, en bonne part liés aux voyages de migrants. Plusieurs cas de rage importés ont été observés chez des migrants voyageurs. À Paris, une étude prospective portant sur des migrants africains retournant au pays a montré un taux de mortalité particulièrement élevé de 0,24 % par mois de séjour, le taux de « référence » étant 0,001 %.¹² Les 5 décès parmi les 1 487 voyageurs interrogés concernaient 1 adulte et 4 enfants, 3 causés par un accident de la circulation, un par paludisme et un par gastro-entérite fébrile chez deux enfants de 2 et 3 ans.

La cause de ces taux d'infection est multifactorielle. Retournant au pays, les migrants ont probablement un faux sentiment de sécurité, sous-estiment les risques, se considèrent immuns contre le paludisme, sont moins informés et suivent moins les mesures de prévention (prophylaxie antimalarique, vaccinations, protection antimoustiques), rendent visite à leurs proches vivant dans des conditions d'hygiène moins bonnes, etc. Si les adultes ont été exposés dans leur enfance à l'hépatite A, ce n'est pas le cas de leurs enfants, et le risque d'exposition est important.

L'immunité acquise contre le paludisme disparaît rapidement lorsqu'elle n'est pas stimulée. Il est donc conseillé à tout migrant, même arrivé récemment en France, de prendre une chimioprophylaxie antipalustre lorsqu'il retourne dans son pays, ce d'autant plus qu'il voyage souvent pendant la saison de haute transmission. En effet, les personnes ayant résidé 2 à 3 ans hors des pays d'endémicité doivent être considérées comme non immunes, même si les formes graves semblent moins fréquentes.¹⁶

L'accès à des services de santé lors du voyage peut être difficile. De plus, disposant souvent de moyens limités, le coût d'une consultation médicale et des moyens de prévention (vaccins, antipaludiques) avant le voyage peut être un obstacle supplémentaire. Les tableaux 2 et 3 listent les risques et les mesures de prévention à discuter avec les migrants voyageurs avant leur départ. Ces dernières doivent être adaptées en fonction de la durée du voyage, de la destination et des conditions de vie locales.

Comment atteindre ce groupe de voyageurs à plus haut risque ? Les praticiens exerçant dans des communautés migrantes, ceux qui suivent des patients migrants pour d'autres affections devraient être sensibilisés à ces questions et les informer avant leur départ des risques et des mesures de prévention à suivre. L'utilisation de relais

POUR LA PRATIQUE

- ➔ Chez les migrants, notamment les primo-arrivants, la prise en compte du parcours migratoire et des conditions de vie, souvent très précaires à l'arrivée, permet de replacer la situation clinique dans un contexte explicatif.
- ➔ Dans les situations de communication difficile, l'aide apportée par un interprète ou un médiateur culturel est souvent considérable pour débloquer ou comprendre une situation clinique incompréhensible.
- ➔ Les migrants qui repartent pour les vacances dans leur pays d'origine sont plus exposés aux risques sanitaires du fait de leurs conditions de séjour que la population générale des voyageurs en zone tropicale.
- ➔ La prévention du paludisme est aussi importante chez les migrants qui repartent pour les vacances dans leur pays d'origine que chez les autres voyageurs : il faut aussi tenir compte du coût, qui est souvent un obstacle, pour le choix du médicament.

médiatiques (radio, télévisions locales, journaux) permettrait d'informer plus largement les personnes concernées. La diffusion de documents adaptés aux communautés migrantes devrait se généraliser.^{17,18}

CONCLUSION

Les migrants contribuent largement au développement économique et culturel de l'Europe. Il est essentiel que leur état de santé soit également pris en compte. Identifier les facteurs de risques spécifiques et communs aux différentes tranches de la société est essentiel. L'importation de pathologies en provenance de pays en développement ou en transition est une réalité liée à la mobilité globale que l'on observe actuellement. Il est de l'intérêt de tous de développer une approche efficace de ce contexte nouveau. C'est particulièrement le cas à un moment où l'éventualité d'une pandémie de grippe figure à l'agenda de l'ensemble de la communauté internationale. L'information de l'ensemble de la société, une information adaptée à ses différents composants, sans stigmatisation, et couplée à un accès aux soins et à la prévention, est une priorité. Elle concerne les décideurs, les responsables de santé publique mais également les médecins. Ces derniers sont en première ligne et jouent un rôle de premier plan. Ils doivent eux aussi être informés et formés dans ce domaine. ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUMMARY Migrants: new travellers in a mobile world?

As a result of globalisation, international mobility increases and diversifies. Migrants represent an increasing proportion of the European population. As many come from regions where infectious and tropical diseases are prevalent, they can be carriers of these diseases, reflecting the epidemiological situation of their country of origin. Physicians need to be able to recognize and treat them. Some migrants return home to visit friends and relatives. They are a group of travellers at higher risk, often less informed on prevention measures (malaria chemo-prophylaxis, immunization). They represent the majority of imported cases of malaria and have a higher risk of acquiring typhoid fever or hepatitis A, this is particularly the case for their children. As they are not reached by the traditional channels of information of travel medicine, it is important to develop innovative strategies to reach and inform them before departure.

Rev Prat 2007 ; 57 : 861-66

RÉSUMÉ Les migrants : nouveaux voyageurs dans un monde mobile ?

Un des effets de la globalisation est l'augmentation et la diversification de la mobilité internationale. Les migrants représentent une proportion grandissante de la population européenne. Venant de régions du monde où de nombreuses maladies infectieuses ou tropicales sont prévalentes, ils peuvent être porteurs de ces pathologies, reflet de la situation épidémiologique de leur origine. Le praticien doit savoir les reconnaître et les traiter. Certains migrants retournent dans leur pays pour rendre visite à leurs proches. Ils constituent un groupe de voyageurs particulièrement à risque, peu informé des mesures de prévention (prophylaxie du paludisme, vaccinations). Ils sont à l'origine de la majorité des cas de paludisme importé et ont un risque accru de contracter une fièvre typhoïde ou une hépatite A, les enfants plus particulièrement. Sachant qu'ils sont peu touchés par les canaux d'information traditionnels de la médecine des voyages, il est important de développer des stratégies novatrices pour atteindre et informer ces voyageurs avant leur départ.

RÉFÉRENCES

1. United Nations. International migration and development. Report to the secretary general. A60/871, May 2006.
<http://www.un.org/esa/population/hldmigration/Text/Report>
2. United Nation High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2005 Global refugee trends. June 2006.
<http://www.unhcr.org/statistics>
3. US State Department. Trafficking in persons report 2006. Washington, 2006.
<http://www.state.gov/g/tip/rls/tiprpt/2006/>
4. Gushulak BD, MacPherson DW. Migration medicine and health: principles and practice. Hamilton, BC Decker; 2006.
5. Lifton A, Thai D, O'Fallon A, et al. Prevalence of tuberculosis, hepatitis B virus, and intestinal parasite infections among refugees to Minnesota. *Pub Health Rep* 2002;117:69-77.
6. EuroTB. Surveillance of tuberculosis in Europe. <http://www.eurotb.org>. 2007
7. InVS. Le point sur la tuberculose. *BEH* 2006;18.
8. Angell SY, Cetron MS. Health disparities among travelers visiting friends and relatives abroad. *Ann Intern Med* 2005;142:67-72.
9. Skarbinski J, James EM, Causer LM, et al. Malaria surveillance - United States, 2004. *MMWR Surveill Summ* 2006;55:23-37.
10. Health Protection Agency. Malaria imported in the United Kingdom in 2005: implications for those advising travellers. *CDR Weekly* 2006;16 (June 8 2006).
11. TropNetEurop. Friends and observers sentinel surveillance report (March 2006). *Falci-parum malaria* in 2005.
http://www.tropnet.net/reports_friends/pdf
12. Genty S, Ralaimazava P, Matheron S, et al. Problèmes de santé des migrants africains qui voyagent au pays. *BEH* 2006;23-24:168-70.
13. Parola P, Soula G, Gazin P, et al. Étiologie des fièvres au retour des tropiques: particularités du recrutement dans une étude de 613 cas hospitalisés à Marseille, 1999-2003. *BEH* 2006;23-24:172-4.
14. Ackers ML, Puh ND, Tauxe RV, Mintz ED. Laboratory-based surveillance of Salmonella serotype Typhi infections in the United States: antimicrobial resistance on the rise. *JAMA* 2000;283:2668-73.
15. Behrens RH, Collins M, Botto B, Heptonstall J. Risk for British travellers of acquiring hepatitis A (Letter). *BMJ* 1995;311:193.
16. Bouchaud O, Cot M, Kony S, et al. Do African immigrants living in France have long term malarial immunity? *Am J Trop Med Hyg* 2005;72:21-5.
17. Angell SY, Behrens RH. Risk assessment and disease prevention in travelers visiting friends and relatives. *Infect Dis Clin N Am* 2005;19:49-65.
18. Stauffer WM, Behrens RH. Providing travel medicine advice to visiting friends and relatives travellers: high risk and difficult to advise. *Clin Fam Practice* 2005; 7:17-28.

ABONNEZ-VOUS OU RÉABONNEZ-VOUS EN LIGNE

www.egora.fr

Santé la différence



Huveaux France
www.huveaux.fr